

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1939-1940. — N° 24

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE
DES
PÉRITONITES PUERPÉRALES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le mercredi 27 septembre 1939

PAR

Jean-Edmond PERNOT

Ancien interne pr. des Hôpitaux

Né à CONFOLENS (Charente), le 11 juin 1913

Examineurs de la Thèse	{	MM. PERY, professeur	Président.
		GUYOT, professeur	Juges.
		ANDERODIAS, professeur	
		LOUBAT, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS
6, Place Saint-Christoly, 6

1939

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1939-1940. — N° 24

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

DES

PÉRITONITES PUERPÉRALES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le mercredi 27 septembre 1939

PAR

Jean-Edmond PERNOT

Ancien interne pr. des Hôpitaux

Né à CONFOLENS (Charente), le 11 juin 1913

Examineurs de la Thèse	{	MM. PERY, professeur	Président.
		GUYOT, professeur	Juges.
		ANDERODIAS, professeur	
		LOUBAT, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS
6, Place Saint-Christoly, 6

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC.

ASSESEUR : M. LABAT.

DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, BARTHE, DENIGÈS, BEILLE, CASSAËT,
CHAVANNAZ, C. SIGALAS, SABRAZÈS, BÉGOUIN, DUPOUY.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES
Clinique chirurgicale	PAPIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES.	Clinique méd. des maladies des enfants	CRUCHET.
Clinique d'accouchements	ANDÉRODIAS.	Chimie biologique et médicale	MACHEBOEUF.
Anatomie pathol. et microscopie clinique	DAMADE.	Physique médicale et pharmaceutique	WANGERMEZ
Anatomie	VILLEMIN.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques	BONNIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUJ.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires	DUVERGEY
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Botanique et matière médicale	GOLSE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX.
Pharmacie	VITTE.	Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ.
Physiologie	FABRE.		

MM. LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).



AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	DUFOUR.	Chirurgie générale	LOUBAT.
Physiologie	N.	id.	MASSÉ.
Médecine générale	PIÉCHAUD.	id.	DARGET.
id.	DELMAS-MARSALET.	id.	N.
id.	DE GRAILLY.	Obstétrique	RIVIÈRE.
id.	FONTAN.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX
id.	BROUSTET.	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
id.	DERVILLEE.	Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
id.	N.	Physique médicale	N.
Chirurgie générale	CHARRIER.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie	N.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire	JEANNENEY.	Ophtalmologie	CABANNES (en congé)
Accouchements	RIVIÈRE.	Physique médicale et pharmaceut. que	AURIAC.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.	Anatomie	J. BEAUVIEUX
Puériculture	FAUGÈRE.	Chimie minérale	CASTAGNOU.
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.	Botanique	GIRARD.
Médecine légale	DERVILLEE.	Pharmacie galénique	MESNARD.
Urologie	DARGET.	Bactériologie	MOUREAU
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.	Physiologie	PETITEAU.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.

N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Je dédie ce modeste travail, qu'ils
trouvent ici un faible témoignage de ma
profonde affection.

A MON ONCLE — A MA TANTE

A MES GRANDS-PARENTS

A TOUS MES AMIS

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR BALARD

*Accoucheur des Hôpitaux,
Chirurgien en chef de la Maternité.*

Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse, et qui a toujours été pour moi un guide précieux dans mon stage à la Maternité.

Témoignage de mon profond attachement et de ma vive reconnaissance.

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. PERY

*Accoucheur en chef honoraire de la Maternité,
Officier de l'Instruction publique.*

En hommage pour la bienveillance
dont il a fait preuve à notre égard, en
voulant bien accepter de présider cette
thèse.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE
DES
PÉRITONITES PUERPÉRALES

INTRODUCTION

La question des péritonites puerpérales *post partum* et *post abortum* a profondément évolué, et, à l'abstention systématique d'autrefois, a succédé l'intervention chirurgicale précoce, seule capable d'améliorer le pronostic redoutable de cette affection.

Nous essaierons de dégager une vue d'ensemble de ces péritonites en étudiant les cas qui se sont produits de 1920 à 1939 dans les services de la Maternité et de Canolle, à Bordeaux.

Nous nous excusons du caractère succinct de cette étude, mais les circonstances nous obligent à faire un travail que nous aurions aimé plus complet, aussi nous renvoyons pour des renseignements plus précis à la thèse capitale de Suzob et aux différentes communications de Jeanin à l'Académie, et à Bordeaux à un récent mémoire du Docteur Balard (*Revue française de gynécologie et d'obstétrique*, janv. 1939).

Nous entendons par péritonites puerpérales les péritonites généralisées; nous excluons donc les pelvipéritonites, en faisant cependant une réserve pour les pelvipéritonites à extension progressive, qui rentrent dans le cadre de cette étude.

STATISTIQUE

Nous avons distingué deux périodes dans notre statistique. Avant 1930 et après 1930, car ce n'est guère qu'à partir de 1930 que l'on a commencé à bien faire le diagnostic de ces péritonites et à les traiter chirurgicalement. En effet, dans les observations de la première période, certaines paraissent douteuses, et un grand nombre de péritonites ont été étiquetées septicémies.

De 1920 à 1930, nous avons trouvé 15 péritonites *post partum* et 17 *post abortum*; aucune d'elles n'a été traitée chirurgicalement; une seule péritonite *post abortum*, ou tout au moins considérée comme telle, a guéri.

De 1930 à 1938, nous avons relevé 24 péritonites *post abortum* et 14 *post partum*. Sur les 24 *post abortum*, 20 ont été opérées, 6 ont guéri, dont 3 ont été traitées par laparotomie et drainage, une par hystérectomie (péritonite due à une perforation utérine), 2 ont été traitées médicalement; mais pour ces dernières il n'y a qu'un diagnostic clinique, et nous verrons la difficulté qu'il y a à le porter avec certitude.

Sur les 14 péritonites *post partum*, 10 ont été opérées, 4 ont guéri. Sur ces 4, toutes ont été traitées chirurgicalement par laparotomie et drainage.

Nous avons relevé 6 cas de septicémie péritonéale (2 *post partum* et 4 *post abortum*). Malgré l'intervention, toutes sont mortes, ce qui semble montrer la gravité beaucoup plus grande d'un état septicémique surajouté.

Ce qui nous fait donc, en bloc, 29 péritonites *post partum* et 41 *post abortum*.

Il ne nous est pas possible de publier toutes ces observa-

tions, nous nous contenterons d'en choisir les plus démonstratives, que nous avons étudiées avec plus de soin, de façon à en dégager les signes les plus caractéristiques. Ces péritonites ayant une symptomatologie spéciale du fait de l'état puerpéral (le traitement étant surtout chirurgical), pour poser une indication opératoire précise, il est donc nécessaire d'en connaître parfaitement les signes cliniques.

ETIOLOGIE

Les péritonites *post abortum* succèdent, d'une façon générale, à des manœuvres abortives.

Sur 28 cas de péritonites mortelles relevées à Canolle de 1920 à 1939, nous trouvons 4 cas par injections intra-utérines, 4 par sondes, et le reste par diverses manœuvres abortives. Pour les injections, nous relevons surtout l'eau de Javel, l'eau savonneuse, quelques-unes ayant abouti au forçage des trompes.

Les péritonites *post partum* sont dues, d'après les auteurs, à des applications difficiles de forceps, à une rupture utérine ou à la suite de lésions aggravées (appendicite, kyste ovarien, fibrome infecté, salpingite, infection basse aiguë).

On les rencontre aussi à la suite d'accouchements normaux : infections sanguines à point de départ pharyngé (Suzor).

A côté de ces péritonites puerpérales, on trouve les péritonites après césarienne, dont nous avons relevé 11 cas à la Maternité de Pellegrin, mais ce sont là des péritonites différentes. En effet, à la suite des travaux de Selheim en Allemagne, Shickelé et Brindeau en France, on sait que la péritonite apparaissant à la suite d'une opération césarienne est due aux fistules qui s'établissent au niveau des points de suture de la plaie utérine et font communiquer secondairement la cavité de l'utérus avec la séreuse péritonéale; la césarienne basse, dans laquelle la suture utérine se trouve recouverte par un double feuillet séreux protégeant complètement la cavité péritonéale, diminue les chances d'éclosion de ces péritonites.

PATHOGENIE

Il s'agit d'ordinaire de péritonites par propagation; la lymphangite présente un véritable trait d'union entre les lésions d'endométrite et le péritoine. Delbet insiste sur le mode de propagation de l'infection par les voies lymphatiques latéro-utérines.

Dans certains cas, on ne put mettre en évidence des lésions des organes génitaux, les parturientes présentèrent un foyer infectieux plus ou moins à distance de la sphère génitale, telle cette péritonite survenue à la suite d'un phlegmon de l'amygdale de la sage-femme (Canolle, 1934, n° 469).

Dans d'autres cas, où rien n'a été remarqué à l'examen objectif, il faut admettre que chez ces femmes le virus a pu être amené par voie sanguine à la séreuse; on y trouve trois stades :

1° Un premier stade d'infection localisée plus ou moins à distance des organes génitaux;

2° Un deuxième stade de septicémie;

3° Un troisième stade de péritonite confirmée; la septicémie présente le trait d'union nécessaire.

En résumé, on doit admettre qu'il y a deux modes de propagation des péritonites puerpérales : la voie sanguine et la voie lymphatique.

Enfin, le péritoine de la femme enceinte dans les péritonites *post partum* joue un rôle capital; il subit, en effet, de profondes modifications : sa surface augmente considérablement, augmentation qui porte aussi bien sur le péritoine pariétal que sur le péritoine utérin; le tissu sous-séreux

considérablement infiltré, plus lâche que chez la femme non gravide, est parcouru par de nombreux vaisseaux sanguins et lymphatiques dont l'hypertrophie est extrême; il y a également une augmentation sensible de la sérosité péritonéale ainsi que la modification de la formule des éléments figurés qui y sont en suspension.

En effet, normalement, la sérosité est en très petite quantité chez la femme non gravide; elle ne contient que quelques rares globules rouges; au contraire, chez la femme enceinte, il est fréquent de voir se collecter dans le cul-de-sac de Douglas un épanchement dont l'abondance atteint parfois la valeur de plusieurs cuillerées à soupe, et dont la densité en éléments figurés se trouve considérablement augmentée.

Notons la possibilité de suffusions sanguines sur lesquelles ont insisté Haase et Lebert.

Il n'est donc pas surprenant que les réactions physiopathologiques du péritoine se trouvent également modifiées du fait des altérations anatomiques.

Immédiatement après l'accouchement, le péritoine se trouve dans les conditions les plus mauvaises pour lutter et se défendre contre un agent infectieux, pour peu que ce dernier soit suffisamment agressif. Cependant, malgré l'importance de cette sensibilité particulière du péritoine chez la femme récemment accouchée, cette sensibilité nous paraît insuffisante à elle seule pour expliquer la contamination de cette séreuse au cours de la septicémie.

N'est-il pas fréquent, en effet, de voir une septicémie évoluer soit vers la guérison, soit vers la mort, sans que la moindre localisation péritonéale ait pu être constatée ? Ici encore, nous retrouvons l'importance considérable de la virulence de l'agent pathogène.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous décrirons ces lésions telles qu'on peut les observer au cours de la laparotomie. Dans le cas de septicémie péritonéale à l'ouverture du péritoine, on constate un épanchement séro-fibrineux abondant, les anses intestinales baignent librement dans le liquide, le péritoine ne présente pas de fausses membranes, la séreuse présente un aspect dépoli, les organes génitaux ont un aspect normal, l'examen du liquide au point de vue bactériologique montre la présence de nombreux streptocoques, tandis qu'on rencontre seulement quelques polynucléaires.

Dans la péritonite d'origine génitale au début on constate un épanchement séro-fibrineux peu abondant, cantonné dans le petit bassin; au fur et à mesure qu'il s'évacue, on constate qu'il devient de plus en plus trouble, pour, dans les régions déclives, prendre un caractère nettement purulent.

L'examen bactériologique montre d'ordinaire la présence de nombreux streptocoques parmi d'autres microbes, avec cependant un nombre de polynucléaires plus grand que dans la forme précédente.

Le péritoine, d'apparence normale dans la partie haute de l'abdomen, présente au niveau du petit bassin une réaction nettement caractérisée. Il existe souvent une infiltration sous-séreuse péri-utérine et un exsudat fibrineux, mais ne présentant pas un caractère adhésif. Les organes génitaux, à cette période, peuvent paraître normaux. Le ligament large peut être épaissi au niveau de ses bords.

A la période d'état, l'épanchement est franchement puru-

lent, de moyenne abondance. Le péritoine est recouvert d'un exsudat fibrineux apparent avec rarement de petites adhérences lâches et incapables de circonscrire l'infection. Les anses intestinales sont rouges, distendues par les gaz; il existe au niveau du segment inférieur une infiltration considérable du paramètre immobilisant le col.

Les ovaires, les trompes; sont en voie de suppuration nettement caractérisée; l'utérus peut présenter dans la région du fond des abcès sous-péritonéaux plus ou moins volumineux.

Dans certains cas particuliers, on reconnaît, au cours de l'intervention, la lésion initiale cause de la péritonite.

Dans notre statistique, nous avons relevé 6 cas de septicémies péritonéales et 59 cas de péritonites d'origines génitales.

Au point de vue microbiologie par ordre de fréquence, nous avons trouvé :

- 1° Streptocoque ordinaire;
 - 2° Streptocoque hémolytique;
 - 3° Streptocoque associé à des anaérobies et à du colibacille;
 - 4° Staphylocoque;
 - 5° Staphylocoque associé à de l'entérocoque et du colibacille;
 - 6° Cocci.
-

ETUDE CLINIQUE

D'après les observations que nous avons relevées, et dont nous avons essayé de rapporter les plus typiques, nous voyons que la symptomatologie de ces accidents ne correspond à aucun des signes cliniques de la péritonite.

Les signes fonctionnels sont, la plupart du temps, absents, la douleur manque d'ordinaire, tout au plus douleur fugace, basse, siégeant tout au début dans les fosses iliaques, mais qui a souvent disparu au moment où l'on examine la malade; elle peut siéger en des points variables de l'abdomen.

Certains ont décrit une douleur intense, d'abord localisée à tout l'abdomen; elle est aiguë, vite intolérable, les mouvements les plus réduits, la plus prudente ou légère pression l'exagèrent encore. Les malades sont dans le décubitus dorsal, les genoux fléchis, immobiles, écartant de l'abdomen le poids des draps. La respiration est courte, costale supérieure, l'abaissement du diaphragme ne se fait plus, le visage est grippé, angoissé, on peut voir tous ces signes, mais à la période terminale.

Les vomissements sont rares et tardifs; il n'y a pas d'arrêt des matières et des gaz, mais bien au contraire une diarrhée profuse ocre. C'est là un signe d'une très grande valeur quelle que soit la forme de la péritonite.

L'examen du ventre montre du ballonnement généralisé à tout l'abdomen, qui croît assez rapidement. Il n'existe pas de contracture, surtout dans les péritonites *post partum*, où les muscles abdominaux ont été surdistendus par la grossesse.

Il n'y a pas de réaction du Douglas.

L'abdomen respire, la respiration est parfois entrecoupée, saccadée, signe d'atteinte du diaphragme, mais c'est là un signe tardif.

Enfin, il est un signe important, c'est l'élévation du pouls et de la température, surtout l'accélération progressive du pouls.

En pratique, les lésions dépassent toujours en étendue et en intensité ce que les signes et leur interprétation faisaient prévoir; or la précocité du diagnostic est ici un impératif catégorique.

Les accoucheurs distinguent six formes de péritonites puerpérales :

1° Forme à extension progressive (surtout dans le *post abortum*);

2° Forme associée à une infection générale (septicémie puerpérale);

3° Forme foudroyante d'Hervieux;

4° Forme phlegmoneuse aiguë;

5° Forme latente silencieuse de Jeanin (forme tardive par rupture d'une collection pelvienne, abcès, phlegmon du ligament large);

6° Forme avec occlusion intestinale aiguë de Molin et Caudanum.

Ce que l'on doit retenir de cette étude au point de vue pratique, c'est la latence de certains cas. Dans la forme silencieuse de Jeanin, par exemple, la diarrhée est parfois le seul signe.

Dans les autres formes, les signes habituellement attendus sont absents.

Il faut également bien se rappeler la rapidité de la forme d'Hervieux, et ne pas perdre de temps.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

(Canolle, 1934, n° 252.)

Malade de 31 ans, accidents métriques avoués en cours de grossesse correspondant sans doute à des tentatives abortives répétées. A quatre mois et demi, expulsion d'un fœtus après de fortes coliques. Dans la nuit, la malade souffre du ventre; elle a des vomissements; la température s'élève; à son arrivée à l'hôpital, sa température est à 39°3 et le pouls est à 140; on constate des signes de péritonite. On la juge inopérable. Une légère détente se manifeste le lendemain. Après un lavage d'estomac, les vomissements cessent, le pouls est à 120. On l'opère néanmoins, le ventre s'étant ballonné et le pouls étant remonté à 140. A l'intervention, on trouve du pus dans tout l'abdomen, un certain degré d'agglutination des anses intestinales.

Mikulicz; mort six heures après par collapsus cardiaque; décès brusque, la malade ayant conservé sa connaissance jusqu'au dernier moment et ayant présenté jusqu'au bout un facies rosé nullement péritonéal. Trois heures avant la mort, le pouls devenait imperceptible malgré une injection de ouabaine.

Hémoculture positive : streptocoque hémolytique: examen du pus prélevé dans le péritoine : streptocoque.

OBSERVATION II.

(Canolle, 1934, n° 326.)

Avortement provoqué à la suite d'une injection intra-utérine avec de l'eau. Aussitôt après, la malade a de très fortes coliques, elle vomit et a de la diarrhée (celle-ci dure toute la nuit); le len-

demain, elle perd beaucoup de sang et souffre du bas-ventre. Le médecin appelé pratique un curetage; la malade, continuant à souffrir, est envoyée à Canolle, où on diagnostique une péritonite. Opérée immédiatement, c'est-à-dire au neuvième jour (laparotomie, Mikulicz), guérison. Dans le pus, nombreux microbes : streptocoque, entérocoque, staphylocoque, colibacille.

OBSERVATION III.

(Canolle, 1934, n° 358.)

Avortement provoqué. A son arrivée à Canolle, la malade a une température à 37 degrés, le pouls est à 100. Curage; on retire des débris placentaires qui sentent très mauvais; quatre jours après le curage, la malade est prise de violentes douleurs dans le bas-ventre; elle localise ces douleurs dans les deux fosses iliaques.

A l'examen, état nauséux, respiration courte. Lorsqu'on la découvre, on s'aperçoit que toute la région sous-ombilicale est immobile, arrêt des matières et des gaz, pouls à 100 bien frappé.

Le sixième jour après l'avortement, c'est-à-dire quatre jours après le curage, la malade est plus fatiguée; alors que la température était de 37°7, le pouls s'élève à 140; la partie supérieure de l'abdomen s'immobilise à son tour pendant la respiration, l'état nauséux s'accroît, on décide d'intervenir.

A l'ouverture de l'abdomen, il s'échappe un liquide séreux, louche, un peu jaunâtre, non odorant; il y a une anse intestinale qui est serrée au sommet de l'utérus avec une légère adhérence au niveau de l'utérus; quelques traînées de fausses membranes; trompes très congestionnées, rouge vif. Sérum de Vincent. Guérison.

OBSERVATION IV.

(Canolle, 1934, n° 536.)

Avortement provoqué. A son entrée à Canolle, température à 38 degrés, pouls à 104, ventre ballonné, constipation opiniâtre. On diagnostique une péritonite généralisée. Intervention. Laparotomie, Mikulicz. Le onzième jour, quantité considérable de pus dont l'examen n'a pas été pratiqué. Guérison.

OBSERVATION V.

(Canolle, 1935, n° 253.)

Avortement provoqué, curage. Dans la nuit, la malade est prise d'une diarrhée intense, la température est à 39 degrés, le pouls à 100. Le lendemain, la température est descendue à 37°7, mais le pouls est élevé à 110, ventre ballonné, défense généralisée.

Au quatrième jour, intervention (colpotomie, sérum de Vincent dans le Douglas).

Dans le sang et dans le pus, présence de streptocoque hémolytique. Mort.

OBSERVATION VI.

(Canolle, 1936, n° 130.)

Des accidents apparaissent dix jours après une tentative d'avortement; curage qui retire des débris sphacelés. Le lendemain, douleurs très vives dans le bas-ventre, le pouls s'accélère, la température est à 38 degrés, le ventre se ballonne, une diarrhée persistante s'installe.

Intervention le quinzième jour après la tentative d'avortement (laparotomie, Mikulicz). A l'ouverture de l'abdomen, on trouve un peu de liquide. Signes de péritonite plastique au niveau des organes génitaux. Dans le cul-de-sac de Douglas, on trouve beaucoup de liquide noirâtre, fétide; l'utérus est couleur lilas; traitement médical : rubiazol et sérum de Vincent. Mort.

Hémoculture pratiquée; il est vraisemblable qu'il s'agissait de streptocoque hémolytique.

OBSERVATION VII.

(Canolle, 1936, n° 243.)

Avortement provoqué par une injection de savon noir. Début des accidents péritonéaux le deuxième jour. A l'arrivée de la malade à Canolle, température à 37 degrés, pouls à 120, malade pré-

sentant à son entrée un faciès grippé, respiration superficielle, arrêt des matières et des gaz. A l'examen, ventre très ballonné, tout l'abdomen est excessivement douloureux; à la pression, défense généralisée.

Au toucher, on trouve un utérus gros correspondant à l'âge de la grossesse, col béant; un curage prudent ramène quelques débris placentaires.

Glace sur le ventre, sérum sous-cutané, rubiazol; le ventre se ballonne un peu plus. On décide d'intervenir, c'est-à-dire au troisième jour (laparotomie, Mikulicz). Mise en place d'un drain vaginal par lequel on injecte du sérum de Vincent.

Hémoculture : streptocoque hémolytique. Mort.

OBSERVATION VIII.

(Canolle, 1937, n° 444.)

Avortement provoqué par une injection d'eau savonneuse; les accidents débutent onze jours après l'avortement. Le lendemain du curage, suite de péritonite généralisée. Intervention deux jours après, c'est-à-dire treize jours après l'avortement. Laparotomie, Mikulicz.

On trouve du pus avec streptocoque et colibacille; rubiazol, sérum de Vincent. Mort.

OBSERVATION IX.

(Canolle, 1937, n° 224.)

Avortement provoqué par une sonde intra-utérine mise en place le 26 mai. Le lendemain, la malade a de nombreux frissons, la température est à 40 degrés; à son entrée dans le service, on procède à un curage immédiat.

Sérum de Vincent, rubiazol; glace, toni-cardiaques; le 4 juin, la diarrhée s'installe, mais le ventre reste souple et semble normal.

Le 8 juin, léger ballonnement du ventre.

Le 9 juin, le ballonnement est plus accusé, ventre douloureux, sensation de barre transversale en haut de l'abdomen, défense à la partie inférieure du ventre.

On intervient le 9, c'est-à-dire quatorze jours après l'avortement et cinq jours après le début des accidents. Ventre rempli de sérosité louche; en écartant les anses intestinales, on s'aperçoit que du pus franc remplit le Douglas; les lésions sont au maximum au niveau de l'ovaire droit, qui est recouvert d'un enduit purulent; nombreuses mèches emmaillottant l'utérus et les annexes.

Le 12, très mauvais état général; on a la sensation d'une fin imminente, puis l'état de la malade se relève un peu, on continue le rubiazol, le sérum de Vincent, et on fait du sérum antigangréneux.

Le 16, transfusion de 125 grammes de sang, ablation des mèches.

Le 17, apparition de foyers de broncho-pneumonie double. Départ *in extremis*.

L'examen du liquide péritonéal a montré la présence de chaînettes de streptocoque.

OBSERVATION X.

(Canolle, 1938, n° 175.)

Avortement provoqué, introduction d'une sonde à l'entrée de la malade dans le service; le lendemain, température à 36°5, pouls à 112, curage immédiat, facies rouge brunâtre.

Entrée de la malade le 20 mai; le 21, elle fait un peu de température, on donne du rubiazol; le 22, frissons, pertes fétides; on donne du sérum antigangréneux.

Le 25, frissons, un peu de diarrhée, quelques vomissements porracés; on fait de la septicémie et un abcès de fixation, le ventre est souple, un peu douloureux.

Le 29, température à 38°5, pouls à 130, facies pincé, abdomen ballonné, tendu, très douloureux.

Laparotomie le jour même. Dès l'incision du péritoine, issue d'une énorme quantité de liquide verdâtre, d'abord clair, et auquel succède du pus franc provenant de la partie inférieure de l'abdo-

men; les compresses introduites au niveau des culs-de-sac ramènent du pus noirâtre abominablement malodorant, drainage, décès le lendemain, hémoculture négative, streptocoque dans le liquide péritonéal.

OBSERVATION XI.

(Canolle, 1938, n° 175.)

Avortement provoqué, trompes forcées, injection de 2 litres d'eau glycinée. Au cours de l'injection, violente douleur dans le côté droit s'irradiant dans l'épaule droite et empêchant la respiration, expulsion du fœtus le 20 mai.

Le 21 mai, la douleur abdominale devenant intense, la température atteignant 38 degrés, le pouls à 110, la malade est envoyée à Canolle. A l'examen, on trouve un abdomen ballonné uniformément douloureux.

Curetage suivi d'une laparotomie immédiate, liquide dans la cavité péritonéale; dans ce liquide, on ne trouve pas de microbes. Guérison.

Les observations que nous publions maintenant sont des péritonites *post partum*.

OBSERVATION XII.

(Maternité, 1927, n° 1018.)

Dix minutes après l'accouchement, hémorragie de la délivrance; l'état paraît s'aggraver; pouls à 100, petit et filant; injection intra-utérine chaude, iodée. L'état de la malade ne s'améliorant pas, on pratique une transfusion, qui relève l'état cardio-vasculaire, mais apparition de météorisme abdominal accompagné de vomissements et d'arrêt des matières et des gaz.

Le surlendemain, lavage d'estomac.

Le quatrième jour, malgré l'absence de fièvre et l'état du pouls relativement bon, on intervient.

Laparotomie, lésion nette de péritonite sans épanchement, hystérectomie au cours de laquelle la malade meurt.

OBSERVATION XIII.

(Canolle, 1934, n° 169.)

La malade accouche à terme d'un garçon de 4 kg. 500 le 1^{er} avril.

Le 2 avril, la température oscille entre 38 et 40 degrés, ainsi que les trois jours suivants.

Le 5 avril, elle est dirigée sur Canolle; à son entrée, utérus douloureux, col largement ouvert, plaies vaginales; on pratique un abcès de fixation, qui ne prend pas et qui est réchauffé sans succès le 8 avril. Septicémie.

Le 9 avril, très mauvais état général, une diarrhée fétide s'installe, le pouls est rapide, très mou, le ventre est légèrement ballonné, pas de vomissements, persistance de la fièvre; on fait du sérum de Vincent.

Le 10 avril, même état abdominal aggravé d'un peu de péristaltisme, accélération du pouls.

Laparotomie sous éther, pas de liquide louche dans le ventre, épiploon très congestionné et épaissi, utérus dévié à gauche; la trompe gauche présente à son angle de fixation avec l'utérus et sur le bord supérieur quelques fausses membranes. Mikulicz, sérum de Vincent.

Le 13 avril, elle est transportée dans sa famille dans un état désespéré.

OBSERVATIONS PERSONNELLES

(PERY, BALARD et MANGE.)

OBSERVATION XIV.

Primipare de 19 ans ayant accouché le 9 mars 1933 à la Maternité. Durant la grossesse, pyélonéphrite à colibacille, traitée par la septicémine, guérie dix jours avant l'accouchement; durée totale du travail : vingt-trois heures trente, rupture artificielle des

membranes à petite palmaine pour lenteur du travail, forceps dans l'excavation en gauche transverse; quatre jours après, brusque élévation thermique à 40 degrés. La malade se plaint d'une violente douleur au niveau du rein droit, les urines paraissent purulentes, mais l'examen cyto-bactériologique est négatif. Les phénomènes rénaux cessent, mais l'état infectieux persiste, expliqué par de l'endométrite.

Ultérieurement on se souvint d'un détail auquel tout d'abord on n'avait pas pris garde; c'est que durant cette période la malade se laissait très difficilement palper; surtout au niveau des deux fosses iliaques; il y avait là une sorte de phénomène de défense diffuse.

Le seizième jour, brusquement, frissons, température à 40 degrés, abdomen légèrement météorisé; à la septicémie intraveineuse on ajoute un abcès de fixation.

Le lendemain, température à 39°5; le météorisme augmente et la palpation abdominale est très douloureuse; vomissements alimentaires.

Le dix-huitième jour, facies altéré, le pouls est très rapide, filant, vomissements porracés, abdomen surdistendu; on décide d'intervenir.

Opération sous anesthésie à l'éther, liquide purulent en abondance dans tout l'abdomen (Mikulicz).

Dans les jours suivants, les phénomènes péritonéaux rétrocedent, mais la température reste élevée, la malade frissonne.

On réchauffe deux fois l'abcès de fixation sans succès.

Le vingt-unième jour, on fait alors des injections de sérum de Vincent à la dose de 60 cm³ par jour pendant sept jours; la température descend alors progressivement, et l'on constate que l'abcès de fixation commence à réagir; il a été incisé le vingt-neuvième jour, soit treize jours après avoir été pratiqué. Trois jours après la cessation du sérum de Vincent, nouvelle poussée de température à 38°7, accompagnée de complications pulmonaires, avec défaillance cardiaque; l'état général paraît très grave; le sérum de Vincent est repris.

Le quarantième jour après l'accouchement, la température tombe d'une façon définitive et la malade se rétablit progressivement.

OBSERVATION XV.

(Canolle, 1935, n° 183.)

Accouchement normal à terme; le soir même, température à 37°8; le lendemain, température à 39 degrés, pouls à 136. Bon état général; ventre légèrement ballonné à la partie supérieure; un peu de défense des deux côtés à la partie inférieure; pas de vomissements; diarrhée fétide presque continuelle; opération immédiate, hystérectomie; ventre plein de pus; utérus lilas avec des placards violacés correspondant à un état sphacélique du muscle.

Streptocoque hémolytique dans le sang et streptocoque dans le pus; sérum de Vincent. Mort.

A noter que cette malade a été accouchée à dix jours d'intervalle par la même sage-femme que celle de l'observation XIII (1934, n° 169).

OBSERVATION XVI.

(Canolle, 1937, n° 156.)

Malade ayant fait 4 avortements; à la cinquième grossesse, traitement antisiphilitique; accouchement normal; le troisième jour après l'accouchement, légère élévation thermique, glace sur le ventre pendant cinq jours; le quinzième jour, elle quitte l'hôpital; elle reste chez elle une huitaine de jours, pendant lesquels elle fait de légères poussées thermiques, puis apparaissent brusquement les frissons. La malade commence à souffrir du ventre. On constate à son entrée à Canolle un pouls rapide, une température élevée, le ventre est un peu ballonné, ne respire pas et est horriblement douloureux.

Glace, rubiazol, septicémine.

Le lendemain l'état général semble s'aggraver; on décide d'opérer (drainage et Mikulicz).

Bonnes suites opératoires.

OBSERVATION XVII.

(Canolle, 1938, n° 130.)

Accouchement spontané; le soir du cinquième jour la température s'élève à 38 degrés; le pouls est à 96; la malade part le lendemain sans autorisation; elle se repose quatre à cinq jours chez elle, puis reprend sa vie ordinaire.

Le 8 avril, elle se sent fatiguée; elle a des frissons et souffre des reins.

Le 9, elle commence à souffrir du ventre.

Le 11, apparition d'une diarrhée fétide; on la dirige sur Canolle. A son arrivée, facies vultueux, température à 40°5, pouls à 140, ventre très douloureux, pas de défense musculaire; le ventre respire, mais de façon saccadée; le col utérin est fermé, l'utérus est un peu gros, pertes purulentes très fétides. La diarrhée devenant de plus en plus abondante, on se décide à intervenir. Laparotomie suspubienne; on ne trouve pas de pus, mais le péritoine recouvrant les anses intestinales, et l'utérus est rouge vif et paraît enflammé. Les trompes sont turgescents et rouge violacé.

Suites opératoires mouvementées (abcès de la paroi).

Guérison.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic est parfois difficile; on pourra confondre la péritonite avec une septicémie, les signes locaux de péritonite ayant souvent un caractère très fruste et le streptocoque étant fréquemment trouvé dans le sang au cours de l'hémoculture.

Cependant, en présence d'une discordance tant soit peu marquée du pouls et de la température, une altération possible du facies, de la constatation de la diarrhée, il faudra rechercher les signes physiques de la péritonite par un examen minutieux de l'abdomen.

On recherchera, en particulier : la diminution de l'amplitude des mouvements respiratoires; le point douloureux épigastrique par une palpation profonde; la possibilité de matité dans les flancs contrastant avec un tympanisme para-ombilical.

Au cours des suites de couches, la constatation de frissons peut être une cause d'erreur; le frisson est le signe principal de la septico-pyohémie répondant à la thrombophlébite utéro-pelvienne suppurée; l'erreur est d'autant plus facile que l'on peut constater de la douleur latéro-utérine et l'empatement des culs-de-sac vaginaux en rapport avec les lésions de phlébites et de périphlébites juxta-utérines.

Notons cependant, comme l'ont bien montré MM. Jeanin et Chome, l'allure bien différente de la septico-pyohémie. Tout d'abord, la répétition fréquente des frissons donnant à la courbe thermique un aspect irrégulier avec grandes oscillations en clochers élevés correspondant aux frissons.

Ces frissons peuvent se répéter très souvent dans la même

ournée; en outre, les femmes présentent une pâleur spéciale.

Les signes fonctionnels permettent-ils de faire un diagnostic avec sûreté ?

Le météorisme simple peut être une cause de perplexité; en effet, dans le péritonisme des nouvelles accouchées, sur lequel insiste Metzger, on constate un ballonnement douloureux de l'abdomen, parfois très important; le pouls est rapide, bien frappé. Ce ballonnement serait dû, pour Jeanin, à un phénomène d'aérophagie ou de parésie intestinale; parfois ce phénomène peut simuler l'occlusion.

La diarrhée peut être observée au cours de certaines septicémies.

La douleur peut se trouver dans de multiples affections de suites de couches :

- phlegmon du ligament large;
- phlébite suppurée;
- salpingite;
- pyélonéphrite.

Le diagnostic devient particulièrement délicat quand, à ces phénomènes de météorisme, viennent se surajouter des symptômes généraux relevant d'une affection intercurrente.

Dans les cas fortement douteux, lorsque le pouls semble présenter une discordance avec la température, lorsque le facies évolue vers la péritonite, il vaut mieux faire un examen explorateur.

On doit pratiquer une laparotomie exploratrice ou au moins une boutonnière donnant un jour suffisant; on peut la faire sous anesthésie générale, ou même, dans les cas désespérés, à la locale.

Nous citons ici l'opinion du Docteur Balard :

« La laparotomie exploratrice est donc chez ces malades absolument inoffensive; s'en priver pour établir un diagnostic hésitant ne peut amener que des regrets. Pour notre part,

nous avons seulement regretté d'avoir parfois hésité; aussi bien, quand un accoucheur ou un chirurgien avertis hésitent légitimement à porter ferme le diagnostic de péritonite, leur hésitation équivaut, en pratique, à une certitude. La péritonite existe et une laparotomie exploratrice serait moins dangereuse. »

TRAITEMENT

Le traitement des péritonites puerpérales doit être un traitement mixte, chirurgical et médical.

Nous réserverons un chapitre spécial à la thérapeutique chirurgicale, qui semble être de beaucoup la plus efficace, sans cependant suffire elle seule.

L'opération minimum convient encore mieux aux péritonites *post partum* qu'aux péritonites *post abortum* : simple drainage et Mikulicz, pas d'exérèse.

Pour les péritonites *post abortum*, les lésions utérines que l'on rencontre parfois sont à la fois responsables et évidentes, il faut alors pratiquer une hystérectomie; au contraire, contre la péritonite à streptocoque sans lésions utérines flagrantes, l'hystérectomie n'est peut-être pas le meilleur traitement.

Il y a bien longtemps que le traitement chirurgical minimum des péritonites puerpérales a été proposé, mais ce traitement, qui semblait s'opposer aux progrès de la chirurgie des péritonites, n'avait pas beaucoup de partisans. L'hystérectomie était l'entreprise habituelle lorsque le traitement chirurgical comme il convient était décidé.

Depuis peu de temps, en France et en Allemagne, il y a pour le traitement minimum de la péritonite vraie une faveur nouvelle. Pour le Docteur Balard, l'hystérectomie, logique en soi, semble, par le choc qu'elle entraîne, comporter beaucoup plus de risques que l'intervention minima; c'est aussi l'avis de Jeanin, qui recommande d'opérer avec le minimum de traumatisme possible et de ne faire l'hystérectomie qu'en cas de lésions locales manifestes, ou même seulement grossières.

L'hystérectomie, en effet, amène l'ouverture des espaces celluloux sous-péritonéaux, par lesquels l'affection continue à se propager, si bien qu'après l'hystérectomie accompagnée d'un Mikulicz on peut voir la péritonite enrayée, mais la malade succomber de cellulite gangréneuse.

Si l'hystérectomie est indiquée, il est préférable d'employer l'abdominale plutôt que la vaginale, bien que celle-ci soit moins choquante, parce que la voie haute permet d'utiliser le Mikulicz et d'isoler ainsi la grande cavité péritonéale; d'ailleurs, comme le dit fort justement le Docteur Balard, l'hystérectomie (dont nous avons précisé les indications : lésions abortives) ne peut généralement se porter avec certitude qu'après ouverture de l'abdomen, et alors le choix entre l'abdominale et la vaginale ne se discute plus.

Ici, nous publions une statistique de Mondor :

« Pendant longtemps, notre tendance a été de faire en tous les cas une opération radicale, obéissant ainsi au principe chirurgical, qui veut que dans toute affection tendant à se généraliser il faut autant que possible enlever le foyer initial de cette infection.

» Nous avons fait ainsi 31 hystérectomies au cours de péritonites; les résultats ont été désastreux; sur les 31 femmes, 29 sont mortes, ce qui nous donne une mortalité de 93,4 p. 100. »

Actuellement, Mondor réserve l'hystérectomie aux seules péritonites consécutives aux accidents aigus; il conseille de faire une simple laparotomie suivie d'un drainage.

L'opération consiste à faire une laparotomie médiane, l'assèchement du péritoine, la mise en place d'un Mikulicz dans le Douglas et le drainage des espaces latéro-coliques par deux drains de caoutchouc; il conseille également au cours de l'opération de verser dans le péritoine des lysats-vaccins suivant la méthode de Besredka, soit, pendant ces dernières années, du sérum de Vincent.

Pendant les jours suivants, on continue les injections de lysats ou de sérum par le drain.

Mondor note que, dans presque tous les cas opérés pendant les vingt-quatre ou quarante-huit premières heures qui ont suivi l'opération, il y a amélioration manifeste; malheureusement, après cette première accalmie postopératoire, l'état s'aggravait de nouveau très rapidement; sur 22 malades traitées de cette façon, 18 ont succombé, ce qui donne une mortalité de 88,8 p. 100.

La colpotomie semble, d'après Mondor, présenter plus d'avantages que la laparotomie; elle peut être employée dans les cas douteux, où le diagnostic est encore hésitant; elle est d'une technique simple, ne nécessite pas le transport de la malade dans une clinique et peut être faite au lit même de la malade.

Beaucoup de chirurgiens, en Allemagne, reviennent aux multiples incisions d'autrefois, 3 au moins : 1 médiane, 2 latérales pararectales; quelquefois 4 : 3 incisions abdominales et 1 colpotomie postérieure.

Rems, qui attribue à Engelmann en Allemagne le mérite d'avoir montré que le seul espoir est dans l'intervention précoce, fait aussi de multiples incisions et de simples drainages.

En réalité, ce ne sont pas tant les incisions qui comptent, mais le drainage et l'installation d'un Mikulicz suffisent.

Pour le Docteur Balard, l'opération devra toujours être pratiquée à plat; on s'abstiendra de la position de Trendelenburg, qui ne peut qu'entraîner mécaniquement la propagation de l'infection.

On peut pratiquer une simple boutonnière, celle-ci étant agrandie si besoin était.

Le Docteur Balard l'accompagne toujours d'un drainage avec des mèches, même dans les cas où les lésions locales sont minimales ou inexistantes.

Mais le traitement médical ne doit pas être négligé; le sérum de Vincent est aujourd'hui d'utilisation courante; par voie sous-cutanée, on est obligé d'employer de très fortes doses, 100 cm³ par jour pendant huit à dix jours. A Bor-

deaux, on utilise le sérum par voie intraveineuse à raison de 20, 30, 40 cm³ dans la journée, en deux fois; à Canolle, où on en fait beaucoup, on a très rarement des accidents de chocs; cette méthode y est utilisée largement depuis 1936; sur les conseils de Vincent, on ajoute au sérum des vitamines, que l'on donne sous forme de champagne.

Etant donné le bénéfice que l'on peut tirer de cette indication dans les septicémies pures avec hémoculture à streptocoque positive, il nous paraît logique d'employer cette médication influente au cours des péritonites.

Enfin on peut employer :

— la transfusion sanguine, qui agit non seulement contre l'anémie, mais également à titre de reconstituant général;

— le novarsénobenzol à haute dose en goutte à goutte;

— l'immuno-transfusion;

(Jeanneney, de Bordeaux, préconise de faire prendre aux donneurs du rubiazol ou de mettre la sulfamide en contact avec le sang à la glacière [lisococcine]);

— transfusion en goutte à goutte.

CONCLUSIONS

En conclusion, nous voyons que, de 1920 à 1930, aucune des péritonites que nous avons relevées n'a été traitée chirurgicalement. Toutes sont mortes.

De 1930 à 1938, sur 24 péritonites *post abortum*, 20 ont été opérées, 4 ont guéri (3 traitées par laparotomie et drainage, 1 par hystérectomie), ce qui nous donne une mortalité de 80 p. 100.

Sur les 16 qui sont mortes, 1 a été traitée par hystérectomie et 2 par colpotomie.

De 1930 à 1938, sur 14 péritonites *post abortum*, 10 ont été opérées, 4 ont guéri, ces 4 ont été traitées chirurgicalement par laparotomie et drainage.

Sur les 6 mortes, 1 avait été opérée par hystérectomie.

De cette étude, il nous semble que l'on doit conclure que le seul traitement logique des péritonites puerpérales est le traitement chirurgical minimum (laparotomie, drainage) appliqué le plus précocement possible.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession honoré à jamais parmi les hommes; si je le viole et que je me parjure, puisse-je avoir un sort contraire.

Vu Le Doyen,

PIERRE MAURIAC.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

J. PERY.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 16 septembre 1939.

Le Recteur de l'Académie,

G. BOUSSAGOL.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDÉRODIAS, LAFFARGUE, PÉRY (G.). — Sur un cas de péritonite puerpérale. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, juin 1938, t. XXVII, n° 6, p. 430.
- BALARD (P.). — Mon expérience personnelle des péritonites puerpérales. *Rev. franç. de gyn. et d'obst.*, janv. 1939, t. XXXIV, n° 1, p. 18-31.
- BLOCH (Jacques-Charles). — Les péritonites généralisées consécutives à l'avortement criminel. *La Médecine*, n° 7, avril 1927.
- BRETTE (M.). — Trois cas de péritonite puerpérale traités par simple laparotomie et Mikulicz; deux guérisons; un décès. *Bull. de la Soc. de gyn. et d'obst.*, mars 1938, t. XXVII, n° 3, p. 185-186.
- BRINDEAU. — Péritonite puerpérale. *Journal des praticiens*, n° 6, 11 février 1933.
- BUE, PALLIEZ et GERNEZ. — Péritonite et septicémie à pneumocoques chez une accouchée. *Bull. de la Soc. de gyn. et d'obst.*, juill. 1938, t. XXVII, n° 7, p. 521-523.
- CAILLOT et ROCHER (E.). — Considérations thérapeutiques à propos de 11 cas de péritonites « post abortum ». *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, janv. 1937, n° 1, p. 101-102.
- CONDAMIN (R.). — Contribution à l'étude du traitement des péritonites aiguës diffusantes du *post partum* (à propos de 2 observations nouvelles). *Bull. de la Soc. de gyn. et d'obst.*, mars 1938, t. XXVII, n° 3, p. 248-251.
- FOLLIASSON (A.). — Péritonites diffuses « post abortum ». *L'Hôpital*, déc. 1930.
- FOURNIER (R.). — Etiologie particulière d'une péritonite « post partum ». *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, mars 1937, n° 3, p. 241 à 244.

- GUÉNIOT (P.). — Origine autogène de certaines péritonites puerpérales. *Rev. franç. de gyn. et d'obst.*, 24, 617-621, oct. 1929.
- KELLER (R.). — Comment opérer la péritonite puerpérale ? *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 18, 270, mars 1929.
- Péritonites puerpérales diffusantes tardives. *Bull. de la Soc. d'obst.*, 1935, t. XXIV, n° 1, p. 108-112.
- LAFFONT, SCHEBAT et PIÉTRI. — Péritonite *ante partum* : intervention et drainage; continuation de la grossesse; césarienne mutilatrice à terme; guérison. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, oct. 1938, t. XXVII, n° 8, p. 592-595.
- LÉVY-SOLAL et LOUVEL. — Sur un nouveau procédé de traitement des infections péri-utérines. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 16, 713-716, déc. 1927.
- MAYER (M.). — Les infections cellulaires péri-utérines des suites de couches. *Puériculture*, VIII, 25 janv. 1934.
- Les infections cellulaires péri-utérines des suites de couches. *Rev. franç. de gyn. et d'obst.*, mai 1933, n° 3.
- MIQUEL. — Contribution à l'étude des péritonites puerpérales diffusées par le drainage abdomino-vaginal. Thèse Lyon, 1928-1929, n° 24.
- MOLIN et CONDAMIN (F.). — Les péritonites puerpérales aiguës diffusantes du « post abortum ». *Lyon médical*, 151, 121-130, janv. 1933.
- MONDOR (H.). — Les avortements mortels. Masson, édit., 1936.
- Diagnostics urgents. Abdomen. Masson, 1938.
- MOREL et BARBIER. — Péritonite « ante partum » au sixième mois : accouchement spontané; drainage immédiat; guérison. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, déc. 1937, t. XXVI, n° 10, p. 770 à 774.
- NAZ. — Les péritonites puerpérales. Thèse Lyon, 1913.
- PATOIR (A.), DECOULX-PATOIR (G.). — Péritonite « post partum »; intervention précoce; hystérectomie; guérison. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, juin 1937, t. XXVI, n° 6, p. 488 à 491.
- PODLESCHKA (R.). — Péritonite métastatique « intra partum ». *Monat. geb. u. gyn.*, mai 1938, t. CVIII, fasc. 1, p. 16-26.

- ROGUET. — Traitement de la péritonite au cours de la puerpéralité. *Arch. mensuelles d'obst. et de gyn.*, janv. 1912.
- RUTHERFORD (R.). — Quatre cas de péritonite généralisée consécutive à l'accouchement; opération; guérison. *Journ. d'obst. et de gyn.*, *Empire britannique*, févr. 1938, t. XLV, n° 1, p. 60 à 66.
- SCHEBAT et BURON. — Trois cas de péritonite puerpérale. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, oct. 1936, n° 8, p. 571-573.
- SUZOR. — Etude des péritonites puerpérales généralisées des suites de couches. Thèse Paris, juin 1928.
- SY (Charles). — Contribution à l'étude des péritonites puerpérales diffusées « post abortum ». Thèse Alger, 1930-1931.
- TOURNEUX. — Du traitement des péritonites « post abortum » par l'hystérectomie vaginale. *Bull. de la Soc. d'obst.*, 1923.
- De l'hystérectomie vaginale dans les péritonites post-abortives graves. *Concours médical*, janv. 1924.
- VORON et MOULINER. — Péritonite « post abortum » en voie de généralisation. Drainage abdominal et Mikulicz. Guérison. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 18, 65, janv. 1929.
- VORON, BROCHIER et ROCHET. — A propos de 3 cas de péritonite du « post partum ». *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.* nov. 1936, n° 9, p. 720-722.

